

Vanvård på särskilt boende för äldre

– Faktorer som ökar risken för att
vårdpersonal ska vanvårda

FÖRFATTARE
PROGRAM/KURS

My Allgurén
Sjuksköterskeprogrammet,
180 högskolepoäng/
OM5250
Examensarbete i omvårdnad,
kandidatnivå
VT 2012

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

15 högskolepoäng
Lisa Donnerdal
Helena Lindgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Vanvård på särskilt boende för äldre – faktorer som ökar risken för att vårdpersonal ska vanvårda
Titel (engelsk):	Elder abuse in nursing homes – factors that increase the risk of nursing home staffs to neglect
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250, Examensarbete i omvårdnad, Kandidatexamen
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	My Allgurén
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Helena Lindgren

SAMMANFATTNING (svenska)

Vanvård på särskilda boenden för äldre blir till och från ett aktuellt ämne i samhället. Historiskt sett började äldreomsorgen på 1700-talet med fattighus. Sedan dess har flera reformer skett till dagens äldreomsorg som omfattar över 300 000 personer. Flera lagar styr över äldreomsorgen såsom Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen, vilka även styr vårdpersonalens arbete. I lagarna värdesätts kvalitet och säkerhet för den enskilda vårdtagaren högt. Socialstyrelsens rapporter visar dock på att kvalitetsarbetet inte fungerar helt tillfredsställande då många äldre anser sig ha litet inflytande i den vård som ges, samtidigt som vårdpersonal upplever att anmälan enligt Socialtjänstlagens Lex Sarah inte fungerar. Många äldre anser sig ändå till stor del vara nöjda med den vård som ges. Katie Eriksson har beskrivit det omvårdnadsteoretiska begreppet vårdlidande där kränkning av värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård eller icke-vård ingår, vilka alla uppstår vid vanvård. Vanvård är ett komplext problem och kan beskrivas ur flera olika nivåer. Syftet var att beskriva faktorer som ökar risken för att den äldre ska drabbas av vanvård i det enskilda mötet mellan vårdare och den äldre ur personalens perspektiv. Metoden är litteraturöversikt. Två kvalitativa och tio kvantitativa artiklar hittades i databaserna Cinahl och Pubmed, genom att följa referenser samt söka på övriga publikationer från författare. Resultatet visade att det fanns svaga samband mellan vårdarens ålder och vanvård, liksom vårdarens utbildning. Viktigare faktorer var dock vårdpersonals känsla av stress och om det fanns en konflikt mellan vårdare och den boende då frekvensen av vanvård ökade. De slutsatser som kunde dras var att konflikt och stress hade betydelse för vårdens kvalitet. Det behövs mer forskning på området samt en omfattande begreppsanalys av ordet vanvård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INTRODUKTION	1
1.1 INLEDNING	1
1.2 BAKGRUND	1
1.2.1 DEFINITIONER	1
1.2.2 ÄLDREOMSORGENS HISTORIA	1
1.2.3 ÄLDREOMSORGEN IDAG	3
1.2.4 POLITISKA MÅL	3
1.2.5 LAGAR OCH FÖRFATTNINGAR	3
1.2.6 SOCIALSTYRELSENS RAPPORTER	6
1.2.7 OMVÅRDADSTEORETISKA BEGREPP	7
1.2.8 FORSKNING INOM OMRÅDET	10
1.2.9 PROBLEMFORMULERING	10
2 SYFTE	10
3 METOD	11
3.1 LITTERATURSÖKNING	11
3.2 AVGRÄNSNING	11
3.2.1 INKLUSIONSKRITERIER	11
3.2.2 EXKLUSIONSKRITERIER	11
3.3 URVAL	12
3.4 ANALYS	12
4 RESULTAT	12
4.1 FAKTORER HOS VÅRDPERSONAL SOM PÅVERKAR RISKEN FÖR VANVÅRD	12
4.1.1 ÅLDER	12
4.1.2 STRESS	13
4.1.3 KONFLIKT	13
4.1.4 UTBILDNING	14
4.1.5 PRIVATLIV OCH VÅRDARES FÖRHÅLLNINGSSÄTT	14
4.2 FAKTORER HOS DE ÄLDRE SOM PÅVERKAR RISKEN FÖR ATT UTSÄTTAS FÖR VANVÅRD	15
4.2.1 FUNKTIONSNEDSÄTTNING	15
4.2.2 BETEENDE	15
4.2.3 ISOLERING	15
5 DISKUSSION	15
5.1 METODDISKUSSION	15
5.1.2 SYFTE; FOKUS OCH KONTEXT	15
5.1.2 ARTIKLARNAS	16
5.2 RESULTAT DISKUSSION	17
6 SLUTSATS	19
REFERENSER	20
BILAGA 1 ARTIKELSÖKNING	
BILAGA 2 ARTIKELSAMMANSTÄLLNING	

1 INTRODUKTION

1.1 INLEDNING

Vanvård inom äldreomsorgen är ett ämne som till och från blir aktuellt i media och därmed bland det svenska folket. Jag har tidigare arbetat som undersköterska på särskilt boende för äldre med demens vilket jag trivdes mycket bra med. Erfarenheten från denna verksamhet har gett mig mitt framtida mål; att arbeta som sjuksköterska i hemsjukvård eller på särskilt boende. Jag har aldrig upplevt vanvård på min arbetsplats, men har blivit illa berörd när jag läst eller hört om detta. Det är förvånande att vanvård kan uppstå då olika lagar och författningar styr vårdpersonalens arbete, däribland sjuksköterskans, vilket borde förhindra att vanvård sker. Då det ändå uppstår är det relevant att ta reda på anledningen till att vanvård sker i mötet mellan vårdare och vårdtagare.

1.2 BAKGRUND

1.2.1 DEFINITIONER

Vanvård enligt Nationalencyklopedin är bristande eller felaktig skötsel och att vanvårda innebär att försumma att sköta något på det sätt som behövs (1). I denna uppsats kommer de engelska begreppen "elder abuse" och "inadequate care" översättas till vanvård och innefatta psykiskt och fysiskt övergrepp, försummelse och misshandel. Denna uppsats rymmer inte den fortsatta definitionen av "elder abuse" med sexuellt och finansiellt övergrepp.

De äldre är det begrepp som finns i lagar och författningar bl.a. Socialtjänstlagen (2). Databasen Svensk MeSH definierar äldre som personer mellan 65 och 79 år och dem över detta som de allra äldsta eller 80 och över (3). I denna uppsats kommer alla över 65 definieras som de äldre.

Boende kommer i uppsatsen att användas om de äldre som bor på särskilt boende för äldre.

Vårdare och vårdpersonal är begrepp som kommer användas för de sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som tar hand om de äldre på särskilda boenden.

1.2.2 ÄLDREOMSORGENS HISTORIA

Äldreomsorg har funnits i Sverige i någon form sedan slutet av 1700-talet. Egentligen var det den medicinska vården som började dela in patienter i olika grupper beroende på om de ansågs botbara, icke-botbara eller vara "dårar". De som förmodades vara botbara lades in på sjukhus och beräknades kunna komma tillbaka till arbete. Dåarna blev sända till hospis och de icke-botbara; gamla, ålderssvaga och socialt utslagna skulle tas om hand av respektive socken (4). De som inte blev omhändertagna utav sina respektive familjer placerades då i s.k. fattighus (5). Sjukdomar som drabbade äldre människor ansågs tillhöra det normala åldrandet och därför var det inte aktuellt att behandla dessa av läkare. Detta tankesätt började ändras i början av 1900-talet, men inte förrän i slutet av 1980-talet blev geriatrik en

specialisering för läkare. År 1918 genomfördes en fattigvårdsreform i Sverige som bl.a. innebar att personer med olika behov skulle särskiljas och att flera anstalter skulle öppnas, exempelvis ålderdomshem för de äldre. Ansvar för dessa låg fortfarande lokalt, dvs. på kommunerna. Parallellt med ålderdomshem introducerades kronikerhem och sjukhem för långvarigt sjuka av landstingen. Expansionen av äldreboenden var stor och mer än fördubblades mellan 1930-70. En liknande trend, men inte i lika stor omfattning, fanns också hos landstingens långvård. På 1950-talet introducerades kommunernas hemhjälp för gamla, nuvarande hemtjänst, och landstingens hemsjukvård. Från början var hemtjänstens funktion att finnas som stöd till dem som inte fick en plats på ålderdomshemmen, men snart började många äldre att föredra detta alternativ. Anledningen till expansion av platser inom äldrevoerden i både kommuners och landstingens regi berodde delvis på ökat behov, men framförallt på ökningen av standard efter andra världskriget och den välfärdspolitik som rådde i landet. I slutet av 1970-talet började politikerna inse att utvecklingen inte var realistisk av ekonomiska skäl, samtidigt som det kom nya idéer och värderingar om god ålderdom, exempelvis att boende i hemmet var att föredra framför institution. Sammantaget ledde detta till avveckling av vårdplatser i både kommuner och landsting. Trots att kommunernas och landstingens äldrevoerd hade liknande expansion fanns det stora skillnader mellan verksamheterna; dels i hur de lokalmässigt såg ut på institutionerna. Landstingen hade storsalar med ett tiotal vårdtagare, medan ålderdomshemmen hade mer hemlika miljöer med två till fyra boende i varje rum. Det fanns även skillnader i hur professionerna och utbildningsnivåerna var fördelade då det krävdes högre utbildning i landstingen. En annan viktig skillnad var vårdorganisationernas förmåga att påverka politiker och vice versa. Detta berodde på att läkarkåren som fanns inom landstingen hade en lång tradition av att vara en stark samhällskraft med expertkompetens som politiker inte kunde göra anspråk på (4).

Ädelreformen

Då landstingen och kommunerna gemensamt kunde ge vård till de äldre blev det konkurrens om vilken huvudman som skulle bära ansvaret och kostnaderna för patienterna, till exempel ville inte kommunerna ta över vårdtunga patienter från landstingen av resursskäl, vilket gjorde att många äldre kunde bli kvar veckovis på sjukhus trots att de egentligen var färdigbehandlade (4). Behovet av samordning ledde fram till den s.k. ädelreformen i början av 1990-talet. Reformen innebar att Socialtjänsten genom kommunerna fick ta över ansvaret för de delar av hälso- och sjukvården som omfattade särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre. Syftet var att det skulle bli bättre samordning och förtydligat ansvar (6). Kommunerna har sedan dess ett kostnadsansvar om de äldre är kvar på sjukhuset efter att de är färdigbehandlade. Problemet med att de färdigbehandlade äldre var kvar länge på sjukhusen försvann därmed, men istället kom de tillbaka till kommunerna i mycket sämre kondition och hade därmed större vård- och omsorgsbehov (4). När kommunerna tog över allt ansvar krävdes det en mycket stor omorganisering då 55 000 sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster anställdes under kommunerna istället för landstingen (4, 6). Läkarna fortsatte att tillhöra landstingen, som istället fick ansvaret att avsätta tid till äldreomsorgens patienter. Om detta inte gjordes fick kommunerna anställa egen läkare och debitera kostnaderna till landstingen (6).

Utöver ädelreformen har det skett flera andra förändringar såsom stora sparbeting, borttagande av riktade stadsbidrag samt ökad grad av privatisering. Det fanns inte några mätningar av kvalitén av vården före ädelreformen, vilket har gjort den svårt att utvärdera. En konsekvens av ädelreformen är dock att den skapat större krav på kommunerna att vårda de äldre som fått ett ökat vård- och omsorgsbehov. För att tillgodose dessa krävs en högre grad av kompetens hos vårdpersonal, men kompetensutvecklingen har inte varit lika hög som behoven. Inte heller har kvantiteten av personal ökat trots den ökade vårdtyngden (4).

1.2.3 ÄLDREOMSORGEN IDAG

I oktober 2010 bodde cirka 94 000 personer över 65 år på särskilda boenden. Utöver dessa bodde 8 000 på korttidsboenden i perioder. Antalet som har någon typ av hemtjänst i det enskilda hemmet var 211 000 (7). Fler äldre bor därmed kvar i det enskilda hemmet högre upp i åldrarna trots att de har ökade vårdbehov. Utöver den kroppsliga funktionen krävs ett anpassat boende, närhet till affär och tillgång till hjälpmedel för att klara sig i det enskilda hemmet. Efter 80 års ålder blir det allt vanligare att inte klara sin personliga vård själv. Statistik visar att nästan hälften av alla kvinnor och en tredjedel av männen som är äldre än 85 år behöver hjälp med den personliga omvårdnaden från vård- och omsorgspersonal. Samtidigt minskar antalet platser i särskilda boendeformer trots det ökande behovet och istället tvingas närstående, ofta maken eller hustrun, ta ett större ansvar. Den som överlever sin partner behöver ofta kommunens vård och omsorg i större omfattning de sista åren (8).

1.2.4 POLITISKA MÅL

De övergripande politiska målen med den svenska äldreomsorgen är att den ska vara finansierad av skattemedel och att den ej får vara diskriminerande. Under 1980-90 fanns statliga bidrag för att stötta anhöriga, förbättra möjligheten till rehabilitering, kompetensutveckla personal, utveckla förebyggande verksamheter osv. som kunde vara försök till politisk styrning uppifrån. I samhället förs det idag inga samtal om ansvarsfördelning inom äldreomsorgen, om vad som ska finnas i offentlig regi och vad som är de närståendes ansvar (4).

1.2.5 LAGAR OCH FÖRFATTNINGAR

Socialtjänstlagen (SoL)

Socialtjänstlagen (2001:453) innefattar bl.a. kommunernas äldreomsorg och äldreomsorg på entreprenad. Målet är att det ska bli mer jämlika levnadsvillkor mellan människor i samhället, vilket främjas genom att erbjuda ekonomisk och social trygghet till dem som saknar detta och inte kan tillgodose behoven på egen hand. Samtidigt ska självbestämmandet och integriteten bevaras. I SoL står vidare att äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och ständigt utvecklas och ha en personalstyrka som är utbildad och erfaren (2). Det finns dock ej konkreta krav på utbildning och erfarenhet (9). I SoL:s värdegrund finns begrepp som *värdigt liv* och *välbefinnande*. Andra viktiga begrepp är *självständighet*, *trygghet* och *meningsfull tillvaro*. Kommunerna ska därför ge stöd och hjälp i boendet till dem som har behov av detta (2). För att de äldre ska kunna leva och bo självständigt behövs det fungerande hemtjänst, färdtjänst, dagverksamhet, trygghetslarm o.s.v.. För att vilja

bo kvar i hemmet måste den äldre känna sig trygg genom exempelvis känna tilltro till att få god vård vid behov (6). Om någon behöver ännu mer stöd och hjälp ska kommunen ordna särskilda boendeformer (2). Erbjudande om särskilda boendeformer bör ske först när resurserna för stöd och hjälp i hemmet inte är tillfredsställande längre. Då kostnaderna är lägre vid kvarboende i hemmet måste Socialtjänsten vara uppmärksam på den äldres ökande behov, då det annars finns en risk för otillräcklig vård (6).

Prioritering

Det återkommande begreppet *behov* inom SoL har inte någon enhetlig definition. I Sverige finns det därför ingen kartläggning av äldres s.k. behov, vilket gör det svårt att spekulera i hur väl de olika behoven blir tillgodosedda och om äldreomsorgen uppfyller sin funktion. Då det inte finns några direkta bestämmelser kring begreppet blir det upp till biståndsbedömare att avgöra människors behov och vilken kostnad de är värda. Äldreomsorgen kan därför bli ojämlik runt om i landet, mellan olika kommuner och t.o.m. mellan olika handläggare inom samma kommun. Samtidigt finns det en ökande skillnad mellan resurser och vårdbehov vilket gör att kommunerna tvingas prioritera mellan de personer som har vård- och omsorgsbehov. Detta är kännbart i både hemtjänst, hemsjukvård och i olika boenden. De prioriteringar som görs styrs av till vilken grad personen klarar sig självständigt. I första hand prioriteras de som inte klarar sig själva, sedan de som klarar sig delvis själva och sist de som i stort sett klarar sig själva. Exempelvis prioriteras personer med olika typer av demenssjukdomar att flytta till särskilt boende. Dock är sällan lokalerna utvecklade efter deras behov. Denna prioritering missgynnar svårt multisjuka personer utan demenssjukdom (4).

Lex Sarah

Lex Sarah är inte en egen lag utan bestämmelser som behandlar rapportering om missförhållanden. Lex Sarah finns i både SoL och "Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade" (LSS) (SSF 1993:387). Innan Lex Sarahs tillkomst fanns endast Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:11) "Anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården". Då det enbart var råd fanns det ingen skyldighet för personalen att rapportera missförhållanden (10). Lex Sarah kom till i slutet av 1990-talet efter att undersköterskan Sarah Wagnert varskodde om vanvård på sin arbetsplats (11). Då infördes i SoL att alla som är verksamma inom äldreomsorgen ska se till att omsorgstagarna får god omvårdnad och leva under trygga förhållanden. De har även skyldighet att anmäla missförhållanden till den som är ansvarig för verksamheten, som i sin tur ska åtgärda detta omedelbart. Om så inte är fallet ska verksamheten anmäla det vidare till Socialstyrelsen. Om någon av de anmälningsskyldiga inte gör detta blir det dock inget straffpåbud mot denne (12).

Den 1 juli 2011 började nya bestämmelser gälla inom Lex Sarah (12). Det största tillägget var att de som arbetar under SoL ska genomföra vård- och omsorgsarbete med *god kvalitet*. Enligt SoL ska alla missförhållanden, och risk för dem dokumenteras, utredas och åtgärdas (2). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah (SOSFS 2011:5) förtydligar detta med att det gäller utförda handlingar eller icke-utförda handlingar vilka har inneburit ett hot eller gett konsekvenser för vårdtagarens liv, säkerhet eller fysiska/psykiska hälsa. Det finns vidare anvisningar om vad som ska ingå i dokumentationen. Om det är allvarliga

missförhållanden ska dessa rapporteras vidare till Socialstyrelsen (13). Syftet med Lex Sarah är dels att missförhållanden ska åtgärdas men framför allt att verksamheterna ska utvecklas och bli en del av det pågående kvalitetsarbetet (12).

Från och med första januari 2010 tog Socialstyrelsen över ansvaret för tillsynen av socialtjänsten från länsstyrelserna (9). Det finns därför ingen samlad statistik för Lex Sarah-anmälningar innan detta datum. Efter att de nya bestämmelserna kom under 2011 mottog Socialstyrelsen till och med början av december samma år 249 anmälningar inom socialtjänstens samtliga områden och 37 ärenden inom äldreomsorgen avslutades. Socialstyrelsen hävdar därför att underlaget är för litet för att göra bedömning av lagförändringen. I rapporten konstaterades det att det blir vanligare med riskbedömningar av trycksår, fall och undernäring bland äldre på särskilt boende. Totalt riskbedömdes cirka 50 % år 2010 (14).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innefattar bl.a. att förebygga, utreda samt behandla sjukdomar/skador. Det generella målet är att alla ska ha god hälsa och att vården inte ska vara diskriminerande. Viktiga termer för hälso- och sjukvården är *alla människors lika värde* och *värdighet*. Den som ska prioriteras enligt HSL är den med störst behov. De krav som ställs på hälso- och sjukvården är kvalitet, trygghet, tillgänglighet, respekt för självbestämmande och integritet, god kontakt mellan vårdgivare och patient samt kontinuitet och säkerhet. Det finns även krav på individanpassad information till patienten. Kommunens ansvar enligt HSL är bl.a. att ge god vård till dem som är berättigade till detta enligt SoL. De ska även tillåta patienten att välja behandlingsmetod om det finns fler som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet om kostnaderna i förhållande till sjukdom/skada är befogade. De ska även erbjuda patienterna rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel till dem med funktionsnedsättning (15). I HSL finns bestämmelser om att det måste finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska, s.k. MAS som bl.a. har medicinska ledningsuppgifter. MAS ska kontakta socialnämnden om en boende har eller riskerar att utsättas för skada eller sjukdom enligt Lex Maria (6, 15).

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659) ersatte den 1 januari 2011 den dåvarande lagen "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" (LYHS) (16). Lagens mål är att öka patientsäkerheten. Den innehåller exempelvis vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket inbegriper anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen vid allvarlig vårdskada eller risk för detta, skyldighet att informera patient om inträffad vårdskada och krav på dokumentation. Det finns också bestämmelser kring vårdpersonal; anvisningar kring legitimationer, delegitimering och skyldigheter (17).

Lex Maria

Lex Maria är namnet på den anmälning som ska ske i samband med att en patient fått eller riskerat att få en allvarlig vårdskada enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) (18). År 1937 kom första författningen om Lex Maria efter att det skett förväxlingar av läkemedel med resultatet att flera patienter avled. För att det ska vara en vårdskada ska den inte ha kunnat förutses eller ha varit en normal risk (19). Vårdskada enligt Socialstyrelsen definieras som ett lidande, fysisk eller psykisk

skada/sjukdom eller dödsfall som orsakas av att hälso- och sjukvården inte gett en god vård eller borde ha förebyggt. Om vårdskadan ska ses som allvarlig måste den vara omfattande och bestående eller ha lett till avsevärt ökat vårdbehov hos patienten. Då vårdpersonal upptäcker fel enligt Lex Maria ska detta rapporteras till vårdgivaren. Om det anses vara en allvarlig vårdskada ska detta vidareanmälas till Socialstyrelsen (18). Händelser som kan leda till rapportering av Lex Maria-karaktär kan vara förväxlingar på olika sätt, vård och behandling som varit bristfällig, felanvändning av medicintekniska produkter, vårdrelaterade infektioner osv. Den som ska anmäla enligt Lex Maria till Socialstyrelsen är utsedd av vårdgivaren (20). Om det sker en Lex Maria-anmälan ska patienten, eller i vissa fall närstående, delges detta samt Socialstyrelsens beslut (18, 20). På särskilda boenden för äldre har antalet rapporterade fall ökat från 90 år 2010 till 130 stycken fram till december 2011 (14).

Prövotid och delegitimering

Socialstyrelsen kan få klagomål på vårdgivare eller vårdpersonal. De ska då utreda klagomålet om de inte anser att anklagelsen är obefogad eller saknar betydelse för patientsäkerheten. De klagomål som inte utreds ska hänvisas vidare till olika patientnämnder beroende på karaktär. Socialstyrelsen kan även på eget initiativ utreda vårdgivare eller vårdpersonal. Om de anser att en legitimerad sjuksköterska varit s.k. oskicklig i sitt utövande, vilket kunnat få konsekvenser för patienten, begått ett brott på arbetsplatsen, inte följt gällande föreskrifter i fråga om patientsäkerheten eller av andra grunder visat sig olämplig att utföra yrket kan sjuksköterskan få en prövotid på sin legitimation i tre år. Prövotid kan också tillskrivas en sjuksköterska som ådragit sig en sjukdom som kan påverka yrkesutövningen. Socialstyrelsen gör därefter ett förslag på prövotidsplan för att missförhållandena ska åtgärdas. Legitimationen kan även återkallas s.k. delegitimering, om det varit grova fall av ovanstående företeelser, om sjuksköterskan på nytt visat sig olämplig under prövotiden eller om sjuksköterskan själv begär att bli delegitimerad av olika anledningar (17).

1.2.6 SOCIALSTYRELSENS RAPPORTER

År 2011 gav Socialstyrelsen ut en tillsynsrapport med syftet att granska bristerna inom olika vård- och omsorgsområden, däribland äldreomsorgen. I rapporten fick bl.a. biståndshandläggningen anmärkningar på flera punkter varav den ena var att biståndsbedömning sällan sker på individuell basis varken i det enskilda hemmet eller på särskilda boenden. På särskilda boenden blev konsekvensen att det alltid fanns en grundbemanning, men då de äldre får ett ökat behov, och därmed blir mer vårdtunga, görs ingen ny bedömning och personaltätheten ökar ej. Samverkan mellan kommun och landsting fick också kritik då den endast fungerar delvis. Däremot hade dokumentationen inom äldreomsorgen generellt förbättrats men det fanns fortfarande fler förbättringar att göra (9).

Inom många verksamheter fanns det brister i delaktighet och inflytande. De äldre tvingades anpassa sig efter verksamheterna. Då de fysiska omvårdnadsbehoven prioriterades högre än de psykiska och sociala fanns det risk att de senare inte tillfredsställdes. Behovet av en meningsfull tillvaro blev då inte tillgodosett. Socialstyrelsen påpekade att en meningsfull tillvaro är komplex och därför behöver personalen stöttning för att få helhetsperspektiv (9).

Det fanns inte rutiner för kvalitet- och säkerhetsarbete inom alla verksamheter. Även i de fall det fanns system för avvikelserapportering gjordes inte alltid rapporteringar. En av anledningarna var att personal kände rädsla för repressalier från verksamheten eller kollegor. Ledningen måste därför stötta personal att våga rapportera innan avvikelserna blir till missförhållanden. Många tyckte också att rutinerna var krångliga och tog för mycket tid i anspråk samtidigt som det inte skedde någon förändring och det därför upplevdes det meningslöst att rapportera avvikelser (9).

Bland månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden på särskilda boenden för äldre har antalet undersköterskeutbildad personal ökat med fem procentenheter de senaste åren till närmare 81 %, men det skiljer sig runt om i landet (9, 14). Åtta av tio månadsanställda är inte legitimerad personal. För att utveckla en mer kunskapsbaserad vård och omsorg önskar Socialstyrelsen därför öka antalet legitimerade inom äldreomsorgen. Få sjuksköterskor inom äldreomsorgen har dock specialiserat sig på vård av äldre (14). Ofta görs medicinska bedömningar av undersköterskor och vårdbiträden vilka tillkallar sjuksköterskan som en konsult vilket i vissa fall har lett till fördröjd behandling. För att öka kunskapen inom äldreomsorgen har regeringen instiftat projektet omvårdnadslyftet som är tidsbestämt mellan 2011-2014 (9).

Generellt är det otillräcklig bemanning på nätterna vilket gör att personer med demens frihetsberövas med exempelvis låsta dörrar. Det blir än mer problematiskt då flera av dessa inte kan använda sig av trygghetslarm. Olika typer av larm som går igång vid rörelse av de boendena finns. Socialstyrelsen menar dock att syftet med dessa endast ska vara att fungera som en extra trygghet för de äldre och inte ersätta personal (9). Det finns skillnader i personaltäthet mellan kommunala och enskilda aktörer då de senare har cirka tio procent lägre bemanning, dock har de större tillgång till sjuksköterskor än inom kommunerna (14).

De äldres åsikter

De flesta äldre inom äldreomsorgen är nöjda med personal och deras kompetens. De egenskaper som anses vara viktigast hos personal är att de är vänliga, tillmötesgående och hjälpsamma samtidigt som de respekterar de äldres individuella behov och önskemål. Den kritik som finns är att många ur personalstyrkan upplevs som stressade. En del av de äldre anser sig ha inflytande och bestämmelserätt till sin vård, men inte alla. De är mindre nöjda med det psykosociala stödet och de anser sig inte ha en meningsfull vardag. Vidare önskar de sig mer individanpassade aktiviteter och blir ledsna när aktiviteter utgår p.g.a. andra prioriteringar bland personalen. Somliga av de äldre känner sig ofta till besvär (9).

1.2.7 OMVÅRDNADSTEORETISKA BEGREPP

Lidande i förhållande till vård

Lidande kan uppstå i olika situationer som människor inte kan rå på såsom naturkatastrofer. Omvårdnadsteoretikern Eriksson hävdar dock att det oftast är människor som åsamkar varandra lidande, vilket många gånger är ett dolt lidande som kan uppstå helt omedvetet. Det finns ingen mening med lidande, men den kan tillskrivas mening av den som lider. Vårdorganisationer har uppkommit för att vårda människor och lindra deras lidande, men i många fall skapar vårdandet lidande.

Enligt Eriksson finns det tre olika sorters lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (21).

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande kan delas in i två huvudgrupper; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Den kroppsliga smärtan orsakas av sjukdom och den behandling som följer sjukdomen. Eriksson är noga med att poängtera att smärta och lidande inte är synonyma med varandra, men de har en nära relation. Smärta upplevs inte bara med berörd kroppsdel utan som en helhet av hela människan. Om smärtan uppfattas som stark koncentreras all uppmärksamhet till detta. För att lindra lidandet som smärtan skapar måste smärtan reduceras maximalt annars finns risk för själslig och andlig död hos den lidande. Själsligt och andligt lidande innebär den förnedring, skam och skuld som den lidande kan känna i relation till sin sjukdom och/eller följande behandling. Dessa känslor kan uppkomma från patienten själv, men de kan också utvecklas i relation till andra då de fördömer den lidande. Denna del av sjukdomslidande befinner sig nära vårdlidandet (21).

Enligt Eriksson har flera studier gjorts om lidande bland äldre på institutioner. Exempelvis studier av Norberg, Nore och Starck. Sammanfattningsvis lider många av de äldre som flyttar till särskilda boenden. De förlorar mycket i samband med flytten, särskilt av social karaktär så som att delta i sociala sammanhang och umgänge med närstående och vänner men även sitt tidigare hem. De tvingas att anpassa sig till institutionen, förlorar sina egna förmågor och sina fulla värden som människor (21).

Vårdlidande

I en vårdssituation befinner sig den lidande i en beroendeställning vilket gör att den tvingas lita på vårdarens välvilja. Vårdlidande kan bero på vårdmiljön som på olika sätt skapar ett lidande, men framförallt sker det i relation med vårdpersonal. Då relationen förväntas vara hälsofrämjande blir lidandet större då personen går miste om det positiva mötet utöver det faktiska lidande som relationen skapar. Vårdlidande uppstår om personen känner sig förnekad som en lidande människa (22). Vårdpersonal skapar ofta lidande omedvetet vilket beror på att de saknar kunskap och inte reflekterar kring lidande. Vårdlidande förorsakat av vård eller utebliven vård upplevs olika av alla människor. Eriksson har identifierat fyra övergripande kategorier av vårdlidande; kränkning av värdighet, fördömlse och straff, maktutövning och utebliven vård. De hänger alla samman men ytterst kan alla kategorierna härledas till kränkning av värdighet (21).

Kränkning av värdighet

En vårdares uppgift är att stärka den lidande så denne kan uppleva sin värdighet vilket också innebär att förhindra kränkningar av värdigheten. Begreppet värdighet har två dimensioner; *den inre* med tillförlitlighet, hederskänsla och moral och *den yttre* som innebär anseende, ära och ställning. Alla människor har ett eget förhållande och uppfattning till sin värdighet. Kränkning av en människas värdighet och värde som människa innebär att frånta rätt och möjlighet att vara människa. Vårdarens kränkning kan vara direkt som att ignorera tilltal från den lidande eller att negligera dennes behov av integritet i vårdssituationer. Indirekta kränkningar är att ha en bristande etisk hållning eller att inte se den lidande som en hel människa. Kränkningarna kan skapa en känsla av att vara värdelös vilket har en negativ

påverkan på människans hälsoprocesser. Bekräftelse av värdighet ges genom att individanpassa vård och alltid bekräfta den innersta värdigheten (21).

Fördömelse och straff

Fördömelse och straff är en typ av värdighetskränkning. Det bygger på att vårdpersonalen anser sig kunna avgöra vad som är rätt och fel för patienten. Vårdpersonal har faktakunskap om sjukdom och behandling vilket gör att de kan bedöma vad som under vissa förutsättningar kan vara bäst för patienten, men ytterst är det alltid patienten som har friheten att själv välja vad den anser vara bäst. Vårdpersonal har bilder av idealpatienter men de som hamnar utanför ramarna blir fördömda. Straff till dem som bli fördömda blir att de inte får god vård och blir nonchalerade. Straffen kan vara förnedrande och släcka patientens livslust (21).

Maktutövning

Maktutövning är ett sätt att beröva någon dennes frihet genom att tvinga den att göra handlingar som den inte valt av fri vilja. Ofta sker maktutövningen när personal håller fast vid gamla rutiner och inte individanpassar vården. När vårdpersonal inte ser till helheten och tar den andre på allvar skapas en känsla av maktlöshet. Maktutövning kan vara direkt eller indirekt. Den direkta är att tvinga patienten till en vårdåtgärd och indirekt maktutövning kan vara att vårdpersonal har en attityd som tvingar patienten att göra något mot sin vilja (21).

Utebliven vård eller icke-vård

Denna kategori innebär både kränkning och maktutövning. När vård uteblir kan det bero på att vårdpersonal inte har kunskap eller förmåga att se och bedöma patientens behov. När icke-vård föreligger har vårdpersonal inte utfört vård eller bedrivit vård som saknar det vårdande mötet, med andra ord saknar vårdpersonal kunskap om vad god vård innebär. Dessa kan ske i olika stor skala från att vara små förseelser till slarv och medveten vanvård (21).

Livslidande

Livslidande är en del av att leva. Vid ohälsa hotas hela livsvärlden. Ohälsan kan skapa nya förutsättningar och tvinga fram förändringar. Efter förändringar kan personen behöva tid för att finna ny mening i livet. Kärlekslöshet är ett av de största livslidandena. När en person saknar värden i livet, upplever kärlekslöshet och inte orkar mer lidande kan det bli svårt för vårdpersonal att handla så att inte värdigheten kränks. Ett exempel är situationer då den äldre inte vill äta (21).

Lindrande av lidande

Vårdpersonal bör sträva efter att lindra lidande och helt eliminera det onödiga vårdlidandet. Genom en vårdmiljö där patienten kan känna sig välkommen, respekterad och vårdad kan lidande lindras (21). För att vårdpersonal ska kunna hjälpa den lidande måste den vara känslig för lidandet och respektera personens värdighet (23). Ett gott och ärligt bemötande exempelvis med en vänlig blick eller en smekning kan tillfälligt lindra det svåraste lidandet. Kärlek är enligt Eriksson en viktig komponent i vårdandet. Den lidande behöver kärlekshandlingar så den känner sig bekräftad och förstådd. Grundläggande är att vårdpersonal förmedlar hopp, uppmuntran, stöd och tröst, men det viktigaste är att våga möta lidandet. God vård bygger på ett etiskt förhållningssätt som grundas i kärlek och ansvar om den andre. Ett medvetet strävande efter god vård eliminerar onödigt lidande (21).

Vårdrelationen är central i förmedlandet av god vård (22). God omvårdnad enligt Svensk sjuksköterskeförening (SSF) ges genom att arbeta efter värdegrunden och samtidigt evidensbaserat. Värdegrund för personcentrerad vård innebär att ha en öppenhet för det patienten vill förmedla. Vårdpersonal måste vara medveten om den beroendeställning patienten befinner sig i och respektera patientens värdighet, integritet och självbestämmande. Möjlighet till lindrat lidande nås genom respekt och att främja upplevelsen av tillit, hopp och mening (24).

1.2.8 FORSKNING INOM OMRÅDET

Erlingsson gjorde 2006 en studie som undersökte forskningsprevalenstrend kring vanvård/övergrepp av äldre. Första gången det benämns är som ”granny battering” 1975. I början av 2006 fanns sammantaget 2418 unika referenser i databaserna PUB MED, CINAHL och PsycINFO. Utav dessa var endast 432 forskningsresultat (18 %), resten var olika typer av sammanställningar, bokkapitel och rekommendationer. Slutsatsen var att det fanns begränsad forskning exempelvis med kvalitativ metod och studier från andra länder än Europa och Nordamerika (25).

1.2.9 PROBLEMFORMULERING

Vid vanvård av äldre uppstår frågor om dess orsak och vem som är ansvarsbärare. Ofta kan svaren delas in i orsakerna *resursbrist* eller *omoral*. De utpekade ansvarsbärarna växlar mellan politiker, vårdbolag/marknaden och vårdpersonal beroende på perspektiv, intresse och ideologi. Lösningen av problemet blir därmed olika beroende på vad som anses vara orsak och vem som är ansvarsbärare. Resursbrist från politikernas sida är för lite skattemedel som sedan är svårt att fördela bland verksamheterna och politikernas omoral är korruption och ovärdiga prioriteringar. Bland vårdbolagen skulle resursbristen bestå i att de får dåliga avtal från kommunerna och omoralen i att de enbart försöker gynna sina aktieägare. Resursbrist hos vårdpersonal är exempelvis personalbrist, bristande utbildning eller handledning. Då omoral föreligger hos vårdpersonal innebär det att den är omoralisk i mötet med vårdtagaren och därmed olämplig för sitt yrke (11). Då det finns flera typer av orsaker blir problematiken komplex. Sjuksköterskan bör i sin profession och expertis höras i samhällsdebatten för att påverka vården och i synnerhet äldreomsorgen. På individnivå styr olika lagar sjuksköterskans arbete liksom socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. I kompetensbeskrivningen finns rekommendationer som rör sjuksköterskans yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt. Arbetet ska genomsyras av etiskt förhållningssätt, holism och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Huvudsyftet är att vårdtagaren ska få en *god och säker vård* (26). Sjuksköterskan har det övergripande omvårdnadsansvaret men även annan vårdpersonal utför omvårdnad. Vanvård är ett vårdlidande och vårdlidanden ska motverkas. Därför är det av vikt att ta reda på faktorer som ökar risk för vanvård i mötet mellan vårdare och den äldre då medvetenhet skulle kunna förändra beteende som resulterar i vanvård.

2 SYFTE

Syftet är att beskriva faktorer som ökar risken för att vårdpersonal utsätter äldre för vanvård på särskilt boende för äldre ur personalens perspektiv.

3 METOD

Denna uppsats är en litteraturoversikt och bygger på Fribergs mall (27) i ”Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade uppsatser”. Syftet med en litteraturoversikt är att få en överblick av det aktuella kunskapsläget inom ett område och innefattar vetenskapliga artiklar som kan vara av både kvalitativ och kvantitativ art. Litteraturoversikter kan samtidigt uppdaga kunskapsluckor inom den samlade vetenskapen. Efter att ha gjort en problemformulering görs breda sökningar av artiklar för att få en helhetssyn av området. Därefter görs ett urval av artiklar med inklusions- och exklusionskriterier liksom granskning av kvalitén. Sedermera sker en analys då artiklarna först läses flera gånger, sedan söks likheter och skillnader mellan artiklarna vilket utmynnar i en sammanställning med teman och subteman (27).

3.1 LITTERATURSÖKNING

Sökningarna skedde i databaserna Cinahl, PsycINFO, PubMed och Scopus (se bilaga 1 tabell 1). Samtliga sökord trunkerades för att hitta alla böjningsformer i artiklarna (28). Sökorden som användes i olika konstellationer var relaterade till de svenska uttrycken särskilda boenden för äldre, vanvård, omvårdnad och upplevelser. Deras översättning blev följaktligen:

Särskilda boenden för äldre; *institutional care, nursing home, residential setting*

Vanvård; *elder abuse, maltreatment, mistreatment, neglect*

Omvårdnad; *care, nurs*

Upplevelse; *experience, feel, perception, staff attitude*

Åtskilliga artiklar återfanns i flera databaser men endast den första träffen redovisas. Därefter fanns det inte fler artiklar med relevans från PsycINFO eller Scopus. Från databassökningen framkom nio artiklar (29-37). Efterföljande sökning gjordes efter forskare som gjort studier inom området vilket genererade en artikel (38) (se bilaga 1 tabell 2). Även artiklars referenslistor studerades för att upptäcka fler relevanta artiklar vilket frambringade två artiklar (39, 40) (se bilaga 1 tabell 3). Sammanlagt består resultatet av två kvalitativa och tio kvantitativa artiklar. Bilaga 2 visar en artikelsammanställning med betoning på artiklarnas syfte och metod.

3.2 AVGRÄNSNING

3.2.1 INKLUSIONSKRITERIER

Artiklarna skulle vara vetenskapliga. I de studier som inkluderades skulle respondenterna vara vårdpersonal vilket i detta fall inbegrep vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Kontexten var särskilt boende för äldre.

3.2.2 EXKLUSIONSKRITERIER

Artiklar som inte gick att tillgå via Göteborgs Universitetsbibliotek. Även artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska exkluderades liksom reviews. De

artiklar som endast omfattade närstående som respondenter eller där kontexten var det enskilda hemmet uteslöts.

3.3 URVAL

Urvalet baserades efter titel och därefter lästes abstract som verkade relevanta. Artiklarnas kvalitet granskades enligt Fribergs mall, vilket innefattade 14 frågor för kvalitativa artiklar respektive 13 frågor för kvantitativa artiklar (27). Då det var önskvärt med fler Skandinaviska artiklar skedde även sökningar av forskare vilket genererade i en artikel av Erlingsson (38). I referenslistorna fanns två frekvent förekommande artiklar av Pillemer (39, 40) som valdes ut. Sammanlagt ingick två kvalitativa (29, 38) och tio kvantitativa (30-37, 39, 40) artiklar i resultatet.

3.4 ANALYS

Analysen bygger på Fribergs ” Att göra en litteraturoversikt”. Inledningsvis lästes artiklarna flera gånger för att få en översikt av dem. Därefter sammanfattades de, varpå likheter och skillnader identifierades. Utifrån dessa skapades meningsbärande enheter som genererade i teman och subteman (27).

4 RESULTAT

Nedan presenteras två huvudteman som påverkade risken för vanvård; faktorer hos vårdpersonal och faktorer hos de boende. Faktorer hos vårdpersonal kunde delas in i subteman ålder, stress, konflikt och utbildning. Subteman för faktorer hos de boende var funktionsnedsättning, beteende och isolering.

4.1 FAKTORER HOS VÅRDPERSONAL SOM PÅVERKAR RISKEN FÖR VANVÅRD

4.1.1 ÅLDER

Det fanns olika uppfattning om samband mellan vårdpersonals ålder och tendens att vanvårda de äldre. Två studier (33, 39) påvisade att vårdpersonals ålder har betydelse för vanvård av äldre. Enligt Pillemer och Bachman-Prehn (39) minskade benägenheten för psykisk vanvård ju äldre vårdpersonalen var. Respondenterna i Malmedal, Ingebrigtsen och Savemans (33) studie fick rapportera vad de bevittnat och gjort för typ av vanvård. Ett svagt samband fanns mellan den yngsta gruppen, som var mellan 16 och 29, och vissa typer av inadekvat vård. I självrapporteringen sade de sig i högre grad ignorera de boende och övermedicinera än de övriga åldersgrupperna. Bland övriga påståenden fanns inget samband mellan ålder och frekvens av att ha gjort olika typer av vanvård. Den äldsta gruppen, 60+, hade bevittnat minst antal incidenter av vanvårdskaraktär. Det finns dock andra forskare (30) som inte fann samband mellan personalens ålder och vanvård.

4.1.2 STRESS

Flera artiklar tar upp samband mellan personals känsla av stress eller utbrändhet och tendens att vanvårda äldre (30, 32, 34, 39, 40). Även då respondenterna själva fick ange vad de ansåg vara anledningen till olika typer av vanvård betraktades stress som den största orsaken (29, 32). I flera studier användes delar från testet Maslach Burnout Inventory (MBI) för att undersöka graden av utbrändhet hos vårdpersonal (34, 35, 39, 40). Testet består av tre komponenter; känslomässig utmattning, personlig prestation och personlighetsförändring (35). Skalan gick från sex till trettio och hög poäng tydde på utbrändhet (39). Två av dessa studier, presenterade i tre artiklar, visade att risken ökade för både fysisk och psykisk vanvård med antalet poäng (34, 39, 40).

I Buzgová och Ivanovás kvalitativa studie (29) påstod nästan all vårdpersonal att stress och utbrändhet till följd av krävande arbete är den vanligaste orsaken till vanvård. De påstod också att det förekom relativt ofta på arbetsplatsen att personal drabbas av utmattning. I Goergens pilotstudie (32) fick vårdpersonalen värdera påståenden om orsak till vanvård. De ansåg att stress till följd av ständig tidspress och låg personaltäthet var den största orsaken (32). Vårdbiträden hade hög tolerans för vanvård. Detta relaterades till den stress de upplevde på arbetet vilket påverkade deras attityd till vanvård (37). Stress behövde inte vara arbetsrelaterat då även de som upplevde stress i privatlivet hade ökad benägenhet att utsätta de äldre för vanvård (40). Det fanns samband mellan dem som ofta rapporterade sig sjuka och dem som vanvårdade (32). Vårdpersonal som ofta funderade på att säga upp sig från sitt arbete tenderade också i högre grad att vanvårda de äldre (40).

4.1.3 KONFLIKT

Risken för vanvård ökade om det fanns en konflikt mellan vårdpersonal och boende (39, 40). En av anledningarna kunde vara att de äldre provocerade fram vanvård (32, 38). Konflikter som vårdare var involverad i kunde vara med en annan vårdare, närstående eller en av de boende. Den grupp som de oftast hamnade i konflikt med var de som bodde på avdelningen. Anledningen var att vårdpersonalen inte hade möjlighet att uppfylla de boendes önskan om uppmärksamhet och vård. Konflikten kunde också bero på den boendes beteende exempelvis att trakassera andra boenden eller påstå sig vara bestulen. Ytterligare en anledning till konflikt var när personalen upplevde att den boende inte ville delta i vårdsituationer som medicinering, måltider eller personlig hygien (32). Resonemang gick även kring att vanvård kunde vara acceptabelt om interventionen var för den äldres bästa (38). Konflikt mellan vårdpersonal och boende ökade risken för fysiska övergrepp. Om det fanns en konflikt mellan vårdpersonal och boende samtidigt som vårdpersonal skattades högt på utbrändhetsskalan MBI ökade risken ytterligare för fysiska övergrepp jämfört med dem som skattades lågt (39). Många av dem som saknar vårdutbildning hade svårt att hantera situationer då det fanns en konflikt med den boende (29).

Respondenterna i en fokusgruppintervju (38) menade att goda intertentioner kunde leda till vanvård. Vårdsituationen kunde bli konfliktfylld då vårdpersonal upplevde att de skulle uppfylla krav från olika håll som kunde vara motsägelsefulla. Yttre krav kom från lagar, övrig vårdpersonals önsknings eller närståendes förväntningar.

Andra krav fanns i vårdpersonalens egen moral och professionens etik samt den äldres önskan och rätt till autonomi (38).

4.1.4 UTBILDNING

Forskarna hade delade uppfattningar om utbildningens betydelse för vanvård (30, 33, 34, 36, 40). De flesta fann inga samband mellan utbildning och vanvård (30, 34, 36, 40). I en norsk studie (33) fanns det ett svagt samband mellan högre utbildning och självrapportering av vanvård. Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden svarade på påståenden om de orsakat/sett olika typer av känslomässiga, försummande eller fysiska incidenter av inadekvat vård. Sjuksköterskorna rapporterade i högre grad än övriga att de både orsakat och sett incidenter av denna typ än övriga men forskarna poängterar dock att resultatet gäller engångsföreteelser och att undersköterskor har högre rapporteringsfrekvens när det skett vid fler tillfällen (33).

Vårdpersonal som inte fått specifik träning i innebörden av vanvård var dåliga på att erkänna, registrera och rapportera vanvård (35). I en annan studie tillfrågades vårdpersonal om de deltagit i utbildning kring vanvård. Av sjuksköterskorna och undersköterskorna var 60 % som deltagit och bland vårdbiträdena 17 %. Bland alla sjuksköterskor och undersköterskor var 59 % säkra på att känna igen övergrepp av äldre, 30 % ansåg sig inte säkra och elva procent visste ej. Bland vårdbiträdena ansåg sig drygt hälften säkra, 35 % osäkra och 13 % visste ej. De fick vidare svara på vad de ansåg vara vanvård. Det var stor oenighet kring begreppet, exempelvis om insisterande om daglig tandborstning eller att tvinga en boende att delta i aktiviteter var vanvård. Däremot hade de flesta samma åsikt om att ignorera av en boende eller dennes andliga behov var vanvård (31). Sjuksköterskorna från primärvård och särskilda boenden beskrev sina roller som tvetydiga, dels att vara den som ska anmäla missförhållanden, dels att finnas som stöd till den övriga vårdpersonalen. Deltagarna menade att bristande rapportering kunde bero på ålderism och bristande kunskap hos vårdpersonal (38).

Personer med en yrkesutbildning hade bättre attityd till personer med demens än dem som inte hade det. Totalt hade ändå närmare 97 % god attityd enligt testet "Attitude of Health Care Personnel towards Demented Patients" (AHCPDP) där personal kunde skattas att ha negativ eller positiv attityd. Vårdpersonalen fick därefter genomgå utbildning innehållande identifikation och hanterande av olika typer av vanvård; fysisk, verbal, försummande eller finansiellt utnyttjande för att sedan göra AHCPDP igen för att se om utbildningen hade betydelse och gjorde skillnad i attityd. Det blev ingen skillnad i attityd efter utbildningen. Forskarna trodde att detta berodde på att majoriteten redan hade god attityd enligt AHCPDP. Utbildningen gjorde inte heller skillnad i utbrändhetsfaktorn MBI, där alla hade skattades lågt både före och efter utbildningen (35).

4.1.5 PRIVATLIV OCH VÅRDARES FÖRHÅLLNINGSSÄTT

I en fokusgruppintervju ansåg grupperna generellt att huvudorsaken till övergrepp mot äldre i samhället berodde på att samhället förändras och moderniseras med bristande respekt mot äldre som följd, både av privatpersoner men även av samhället i stort (38). Vid förfrågan om de boende betraktades som barn eller var i behov av

disciplin tenderade de som svarade ja att ha varit delaktig i fler incidenter med de boende (40). Vårdpersonal som hade utfört någon typ av fysisk vanvård ansåg sig själva vara dominanta och auktoritära (30).

Personliga problem kunde inverka på relationen med de boende (29). I en annan studie fanns dock inte samband mellan exempelvis civilstånd, antal barn, personlig motivation att arbeta och personliga problem (30). En del personal lät sin ilska och frustration från privatlivet oavsiktligt gå ut över de boende (29).

4.2 FAKTORER HOS DE ÄLDRE SOM PÅVERKAR RISKEN FÖR ATT UTSÄTTAS FÖR VANVÅRD

4.2.1 FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Personer med stort omvårdnadsbehov hade större risk att drabbas av vanvård (30, 36, 38). Det kunde bero på kognitiv nedsättning såsom demens (29, 30, 32, 36, 38). Även andra funktionsnedsättningar hos den som blev utsatt för vanvård förekom, som nedsatt förmåga att röra sig självständigt eller kommunikativa svårigheter (36, 38).

4.2.2 BETEENDE

Boende som upplevdes som aggressiva av personalen riskerade i högre grad att bli vanvårdade (29, 30, 32, 36, 39). De boende betraktades som svåra att vårda och provocerande (32). Exempel på situationer då vanvård skedde var när personal försvarade sig fysiskt om en boende angrep eller vid fasthållande av en boende. Verbalt skedde ömsesidigt skrikande eller hotande när en boende försökte slå vårdaren (36). När en boende uppvisade beteenden som rastlöshet, fientlighet eller aggression kunde personalen ibland inte kontrollera sig utan kunde säga saker som de sedan ångrade (29). Flera av de äldre som utsattes för fysisk vanvård reagerade med att vara mer rädda, aggressiva, förvirrade eller tillbakadragna (36).

4.2.3 ISOLERING

En riskfaktor som många beskrev var att de som inte hade närstående som kom och besökte dem hade större risk att drabbas av vanvård (29, 30, 32, 38). Dock beskrevs inte detta närmare.

5 DISKUSSION

5.1 METODDISKUSSION

5.1.2 SYFTE; FOKUS OCH KONTEXT

Initialt var fokus ett annat då funderingarna gick kring hur sjuksköterskan på ett särskilt boende för äldre känner då en av dennes patienter blivit vanvårdad och om detta påverkar benägenheten att anmäla enligt Lex Maria eller Lex Sarah. Trots hjälp med sökord från bibliotekspersonal hittades inga artiklar som motsvarade detta syfte. Fokus förändrades vilket förändrade arbetets gång. I efterhand har begreppet "Quality

of care” dykt upp i en artikel (40), vilken eventuellt i högre grad skulle motsvarat den initiala funderingen, men då var fokus redan ändrat.

Det initiala fokuset är en anledning till valet av vårdpersonalperspektiv. En annan anledning var att detta perspektiv bedömdes som mest tillförlitligt trots risk för att respondenterna inte skulle svarat sanningsenligt i studierna. Valet att inte välja de äldre som respondenter är att många av dessa har kognitiva nedsättningar eller andra funktionsnedsättningar som kan göra det svårt att genomföra intervjuer eller låta dem fylla i enkäter. Urvalet och resultatet skulle därför kunna bli missvisande i kontexten till särskilt boende i Sverige där framförallt personer med funktionsnedsättningar bor. Närstående är en annan grupp som skulle kunna föra de äldres talan, men de kan ha egna önsknings och tankar om god vård som möjligtvis skulle kunna inkräkta på vad den boende anser vara god vård. Då den närstående inte ständigt är närvarande på avdelningen kan de också få svårt att föra den äldres talan. Både de äldre och närstående är högst relevanta vid diskussion om vanvård inom äldreomsorg och det är av vikt att lyfta dem inom forskningen. Det kan dock nämnas att det funnits ytterst få artiklar ur dessa perspektiv med kontexten särskilda boenden för äldre.

Motiveringen till vald kontext är den ständiga närvaron av vårdpersonal. De äldre har regelbunden kontakt med sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Äldre som bor kvar i det enskilda hemmet har till skillnad från dem på särskilda boenden inte samma kontakt med alla personalkategorier då hemtjänst inte förutsätter hemsjukvård och vice versa. Personer som är kvarboende i det enskilda hemmet kan också bli vårdade eller vanvårdade av närstående vilket är ett annat problem, men som inte ryms i syftet med denna uppsats.

5.1.2 ARTIKLARNA

En generell svaghet med artiklarna har varit deras respondenter. I många av artiklarna har professionerna inte skiljts från varandra i resultat (29-32, 34, 35, 39, 40) och det har varit svårt att veta vad forskarna menar med begreppet ”nurs” då jag tolkat att undersköterskor och sjuksköterskor ibland sammanställts som en homogen grupp. Professionsproblematiken har varit en bidragande orsak till att fokus förändrades från sjuksköterskeperspektiv till vårdpersonalperspektiv. Saveman, Åström, Bucht och Norberg (36) poängterar att de kontextuella skillnaderna mellan länder gör det svårt att jämföra studier om vanvård på särskilda boenden från olika delar av världen. Skillnader finns exempelvis i hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, kulturella variationer i tolerans kring vanvård och definition av vanvård. Detta skulle kunna vara en anledning till svårigheterna i att avgöra deltagarnas profession. Men det skulle också kunna bero på att forskarna inte ansåg professionerna relevanta i sammanhanget. Ytterligare ett begrepp som varit oklart är ”burn out” som återfunnits i flera artiklar (29, 30, 34, 39, 40). Det har varit svårt att tolka om det är stress eller så kallad utmattningsdepression som åsyftas. Om det är utmattningsdepression som menas kan det diskuteras om de klarar att gå och arbeta trots sitt tillstånd.

En artikel bygger på en pilotstudie (32). Pilotstudier riskerar att ej vara tillförlitliga och till viss del stämmer detta även med denna. Bristerna består dels i urvalet men också i att mätinstrumenten inte fungerat fullt ut, vilket respondenter i studien har klagat på. Andra studier (33, 34, 37) i detta resultat har refererat till denna

pilotstudie. Jag har valt att använda studien trots bristerna, då den styrker de andra studierna. Pilotstudien föranledde en artikel som publicerades 2004 men denna har inte gått att nå via Göteborgs Universitetsbibliotek. I tre studier (29, 30, 38) finns utöver vårdpersonal även andra respondenter. I detta resultat återfinns endast de delar där respondenterna uppenbart var vårdpersonal. Bland de mest frekvent förekommande i övriga artiklars referenslistor fanns två artiklar av Pillemer (39, 40). Dessa var förhållandevis gamla, men då många andra refererat till dessa (31-37) verkar de fortfarande vara relevanta och därför har även dessa använts. Under granskningen av artiklarna upptäcktes dock att dessa två byggde på samma studie men de belyser olika delar och därför finns båda med i resultatet. Flera av artiklarna (39, 40) har funnits genom att följa tidigare artiklars referenser samt söka efter forskarnas andra studier (38) för att finna fler relevanta artiklar. Detta kan ses som en brist då det kan innebära en ensidig bild av forskningsresultaten.

Tyvärr var det ytterst lite i artiklarna som beskrev faktorer hos de äldre som ökade risken att utsättas för vanvård. Riskgrupper är av stor vikt att identifiera och det behövs mer forskning kring detta.

5.2 RESULTAT DISKUSSION

Min tolkning är att redan på 1700-talet var äldreomsorgen lågt prioriterat. Livet på fattighusen var troligtvis inte lätt i ett redan fattigt Sverige. Under 1900-talet blev samhällets omsorg om de äldre allt bättre och jag skulle tro att i nutid är omsorgen bättre än någonsin då flera lagar reglerar äldreomsorgen för att de äldre ska ha möjlighet till ett värdigt liv. Det finns förutsättningarna för att bo kvar i sitt hem med olika typer av hjälp under mycket längre tid av sitt liv, vilket borde öka den enskildes integritet och möjligheter i livet. Om den äldres behov ökar så den inte klarar sig själv skall denne erbjudas flytt till särskilt boende med omvårdnad av god kvalitet (2, 15, 17). Då den äldre delen av befolkningen ständigt ökar och deras behov av vård och omsorg växer krävs mer av samhällets resurser för att tillgodose behoven. Politikerna tvingas dock fördela resurserna och sätta gränser för hur mycket äldreomsorgen får kosta. Många behov får då stå tillbaka. På individnivå finns samtidigt en önskan om att uppfylla alla behov vilket skapar stress hos exempelvis vårdpersonal.

Det är av stor vikt att vårdpersonal ser den äldre som fullvärdig människa för att inte skapa ett vårdlidande (21). Kränkande av en annan människa är vanvård. Risken för vårdlidande är stor då den äldre på särskilt boende befinner sig i beroendeställning gentemot vårdaren (22). Vårdpersonals attityd till äldre människor är därför av stor vikt. Vid diskussion kring attityd ansågs bristande respekt till följd av förändringar i samhället vara huvudorsaken till övergrepp mot äldre (38). I en studie ansågs dock 97 % av personalen ha god attityd till äldre med demens enligt attityd-testet AHCPDP (35). Det är positivt att många har god attityd till äldre. Men om stress föreligger finns risk att attityden förändras utan att vårdpersonal är medvetna om det.

Stress är en stor riskfaktor för att vårdpersonal inte ger vård av god kvalitet. Det har ingen betydelse var stressen har uppstått, i arbetet eller i privatlivet, för att risken skall öka för inadekvat vård (29, 30, 32, 34, 37, 39, 40). Stress ökar även tolerans för vanvård då fler handlingar blir acceptabla (37). Frågan är om stress egentligen uppstår i det enskilda mötet eller om de sammanlagda kraven skapar stress. Av egen

erfarenhet vet jag att stress kan uppstå i det enskilda mötet, men snarare påverkar övrig stress det enskilda mötet.

Då sambandet är svagt mellan vårdares stigande ålder och minskat antal incidenter av vanvård kanske inte åldern har störst betydelse för frekvens av vanvård. Skillnaderna skulle kunna bero på att de yngre har lägre kompetens relaterat till år av erfarenhet jämfört med sina äldre medarbetare. Artiklarna har endast jämfört åldrar eller utbildning och inte relationen dem emellan vilket annars hade varit en intressant korrelation att ta hänsyn till. En annan aspekt är att då de äldre vårdarna både erkänner sig ha orsakat och bevittnat minst antal incidenter (33) skulle kunna innebära att frekvensskillnaden snarare hänger ihop med vad som anses vara vanvård. Även utbildningens betydelse verkar i lägre grad vara av vikt. Det samma gäller utbildning. Sjuksköterskor påstod sig ha gjort sig skyldiga till olika typer av incidenter vid fler enstaka tillfällen än övriga grupper (33). Kan detta bero på att de erkänner fler incidenter som vanvård? Vårdpersonal som inte genomgått utbildning var dåliga på att erkänna, registrera och rapportera vanvård (35). Vårdbiträden hade i mindre utsträckning genomgått utbildning kring vanvård och de kände sig samtidigt mindre säkra på att känna igen detta än undersköterskor och sjuksköterskor som i högre grad deltagit i utbildning. Även bland sjuksköterskor och undersköterskor var det dock andelen som kände sig osäkra eller inte visste om de skulle känna igen vanvård över 40 % (31). Om skillnaderna består i den specifika vanvårdsutbildningen eller den allmänna högre utbildningsgraden framgår ej. I studien rådde dock stor oenighet bland vårdpersonal om vad som ansågs vara vanvård. Professionerna särskiljs inte, så det går inte att avgöra om mer utbildade anser fler eller färre incidenter vara vanvård (31). Socialstyrelsen uppmanar till att fler ska vara högskole-/universitetsutbildade inom äldreomsorgen och anser detta vara viktigt för det fortsatta kvalitetsarbetet. Positivt är att allt fler har gymnasial omvårdnadsutbildning (14) vilket borde öka kvalitén av den närmaste omvårdnaden. I de artiklar då utbildning på olika sätt varit relevant för studien har jag förstått det som att vissa forskare tagit hänsyn till olika professioner och därmed skillnad i utbildningarna. Det som framförallt har diskuterats är respondenternas attityd och hanterande av vanvård (31, 33, 35). Det som ej framkommer är om etik diskuteras eller om utbildningarna innehållit detta moment. Omvårdnadsteorietiken Katie Eriksson (21) men också Svensk sjuksköterskeförening (24) påpekar vikten av etik för att kunna ge god omvårdnad, eliminera onödigt lidande och främja hälsa. Min egen erfarenhet är att omvårdnadsteori och etikediskussion öppnar upp för att medvetandegöra och förändra tankesätt och kanske attityder. Om situationen redan upplevs som jobbigt finns dock risken att medvetandegörande av ett gott etiskt förhållningssätt skulle kunna leda till ökad stress då fler situationer skulle kunna upplevas som etiskt felaktigt.

Då det finns en konflikt mellan den boende och personal ökar risken markant för att inadekvat vård skall ges (32, 38-40). Konflikterna hade flera orsaker så som att vårdare inte kunde uppfylla den boendes önskan, dennes beteende mot andra eller då de ej önskade delta i olika vårdsituationer (32). Vårdare med lägre utbildning anser sig ha svårare att hantera konflikter (37). Vid dessa tillfällen får jag känslan av att den boende kan lida av kognitiv funktionsnedsättning, detta då exemplet som räknas upp är vid personlig hygien och att den boende påstår sig vara bestulen. I en annan studie anger respondenterna att det kan vara accepterat att utföra något mot den boendes vilja om intentionen är god (38). I detta sammanhang kan det diskuteras om

vanvård alltid är av ondo. Autonomi är ett viktigt begrepp inom omvårdnad. Om en person väljer att inte sköta sin hygien trots att detta kan leda till obehag för denne inom en framtid som för den med kognitiva nedsättningar inte kan förstå, är det då rätt att tvinga denne till detta? Om detta skulle göras sker kränkning av den boendes värdighet, fördömdelse och straff sker då vårdaren bestämmer vad som är rätt och fel och denne kan använda sig av maktutövning för att få sin vilja igenom. Slutresultatet blir en vårdssituation som istället för att vara vårdande skapar ett vårdlidande (21).

Som förebyggande åtgärd till vanvård föreslås att utbilda vårdpersonal om vanvård för att de lättare ska känna igen och veta hur de ska hantera olika situationer. Även handledning är av vikt då det ger utrymme för diskussion kring de etiska frågor som kan uppstå i mötet mellan vårdaren och den boende. Slutligen är det även av betydelse att frågan lyfts upp i samhällsdebatten där jag hoppas att denna uppsats kan bli ett bidrag.

6 Slutsats

Denna uppsats har genom en litteraturstudie undersökt faktorer som påverkar risken för att vanvård ska uppstå i mötet mellan vårdare och den äldre människan på särskilda boenden för äldre. Utifrån det som tagits upp i uppsatsen kan följande slutsatser dras:

- Stress och konflikt ökar risken för vanvård.
- Utbildning är av vikt för att öka medvetenhet om etiskt förhållningssätt som kan vara som ett verktyg i mötet med den äldre på särskilda boenden.
- En omfattande begreppsanalys av ordet vanvård behövs då begreppet är förknippat med varje individs egen tolkning vilket gör det svårt att använda korrekt, jämföra studier och anmäla missförhållanden enligt Lex Sarah.
- Mer forskning behövs inom området för att i större utsträckning kartlägga riskfaktorer men också hitta fler lösningar på problemet.

REFERENSER

1. Nationalencyklopedin. Sökord: vanvård, vanvårda. Hämtad från 2012-02-03: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se>.
2. Svensk författningssamling 2001:453 Socialtjänstlag. Hämtad från 2012-01-23; <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/>.
3. Svensk-MeSH. Sökord; "äldre". Hämtad från 2012-02-02; http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm.
4. Thorslund M. Det nygamla gränssnittet: äldreården och dess omorganisationer. I: Blomqvist, P (red) Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS förlag; 2007. sid 104-131.
5. Wånell SE. Boende för äldre. I: Thorslund M, Wånell SE (red). Åldrandet och äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 2006. Sid 155-184.
6. Fahlberg G. Socialtjänstlagarna. Malmö: Liber; 2009.
7. Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. www.socialstyrelsen.se; 2011.
8. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009.
9. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011 Hälso- och sjukvård och socialtjänst.
10. Ågren M, Luppen kunskapscentrum. Lex Sarah: en studie av övergrepp i äldreboenden. Jönköping: Luppen kunskapscentrum; 2001.
11. Jönson H. Vårdskandaler i perspektiv: Debatter om vanvård, övergrepp och andra missförhållanden inom äldreomsorgen. Lund: Égalité; 2006.
12. Socialstyrelsen. Meddelandeblad Nr 6 2011; Information om nya bestämmelser om lex Sarah. Hämtad från 2012-01-28; <http://www.socialstyrelsen.se>.
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah. Hämtad från 2012-01-28; <http://www.socialstyrelsen.se/>.
14. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012.
15. Svensk författningssamling 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag Hämtad från 2012-01-25; <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/>.
16. Svensk författningssamling 1998:531 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad från 2012-01-30; <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/>.
17. Svensk författningssamling 2010:659 Patientsäkerhetslag. Hämtad från 2012-01-30; <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/>.
18. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling 2010:4 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Hämtad från 2012-01-30; <http://www.socialstyrelsen.se/>.
19. Sjölenius B. Delegering, läkemedel, ansvar: praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2004.
20. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Hämtad från 2012-01-30; <http://www.socialstyrelsen.se/>.

21. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
22. Dahlberg K. Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. 2002;22:4-8.
23. Sundin K, Axelsson K, Jansson L, Norberg A. Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2000;14(1):16-22.
24. Svensk sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. 2010.
25. Erlingsson CL. Searching for elder abuse: a systematic review of database citations. *Journal of elder abuse & neglect*. 2007;19(3-4):59.
26. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från 2012-01-23; www.socialstyrelsen.se. 2005.
27. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg F (red). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund; Studentlitteratur; 2006. Sid 115-124.
28. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
29. Buzgová R, Ivanová K. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing ethics*. 2009;16(1):110-26.
30. Bužgová R, Ivanová K. Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing ethics*. 2011;18(1):64-78.
31. Daly J, Coffey A. Staff perceptions of elder abuse. *Nursing older people*. 2010;22(4):33.
32. Goergen T. Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2001;13(1):1-26.
33. Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman B-I. Inadequate care in Norwegian nursing homes--as reported by nursing staff. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2009;23(2):231-42.
34. Natan MB, Lowenstein A, Eisikovits Z. Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International nursing review*. 2010;57(1):113-20.
35. Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and ageing*. 2002;31(5):335-41.
36. Saveman BI, Astrom S, Bucht G, Norberg A. Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1999;10(1-2):43-60.
37. Shinan-Altman S, Cohen M. Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*. 2009;49(5):674-84.
38. Erlingsson CL, Carlson SL, Saveman B-I. Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden--an exploratory study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2006;20(2):151-9.
39. Pillemer K, Bachman-Prehn R. Helping and Hurting. *Research on Aging*. 1991;13(1):74.
40. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *The Gerontologist*. 1989;29(3):314-20.

Bilaga 1 Artikelsökning

Tabell 1; Sökning i databaser

Databas	Datum	Avgränsning	Sökord	Antal träffar	Använda artiklar (författare och referensnummer)
Cinahl	2012-02-07	Peer reviewed, abstract available	Elder abuse* [AND] nursing home* [AND] experience*	15	Daly J. Coffey A. (31) Malmedal W et al. (33) Bužgová R. Ivanová K. (29) Goergen T. (32)
Cinahl	2012-02-07	Peer reviewed, abstract available	Elder abuse* [AND] nursing home* [AND] feel*	7	Saveman B et al. (36)
Cinahl	2012-02-14	Peer reviewed, abstract available	Elder abuse* [AND] staff* attitude*	4	Richardson B et al. (35)
PubMed	2012-02-14		nurs* AND elder abuse* AND staff* attitude* AND nursing home*	12	Natan MB et al. (34)
Cinahl	2012-02-15	Peer reviewed,	Elder abuse* [AND] institutional care*	13	Bužgová R. Ivanová K. (30)
Cinahl	2012-02-15	Peer reviewed,	Elder abuse* AND nursing home* AND attitude*	32	Shinan-Altman S. Cohen M. (37)

Tabell 2; Sökning via forskare

Forskare	Datum	Universitet	Antal publikationer	Använda artiklar (författare och referensnummer)
Erlingsson, Christen	2012-02-16	Linnéuniversitetet, Kalmar/Växjö, Sverige	45	Erlingsson C et al. (38)

Tabell 3; Sökning via referens

Tidigare referens	Datum	Använda artiklar (författare och referensnummer)
Malmedal W et al (33)	2012-02-16	Pillemer K. Bachman-Prehn R. (39) Pillemer K. Moore D W. (40)

Bilaga 2 Artikelsammanställning

Referensnummer	29
Titel	Elder abuse and mistreatment in residential settings
Författare	Buzgová R. Ivanová K.
År	2009
Tidskrift	Nursing ethics
Land	Tjeckien
Etiskt ställningstagande	Ja, beskrivet under specifik rubrik. Granskat av Ethics Commission of the University of Ostrava. Forskarna gjorde ställningstagande till vilka begrepp som skulle användas. De informerade vid flera tillfällen om anonymitet, frivillighet att delta, möjlighet att inte besvara alla frågor och möjlighet att avbryta deltagandet.
Syfte	Beskriva anställdas och äldres erfarenhet av vanvård som begås av vårdpersonal och närstående i det enskilda hemmet och på särskilda boenden.
Metod	Fenomenologisk analys av ostrukturerade intervjuer med vårdpersonal och äldre. Initiala frågor var vad värdig ålderdom och respektfull vård innebar. Även frågor om vad de upplevt, bevittnat eller gjort för vanvård. Längden på intervjuerna berodde på hur länge respondenterna ville delta; de äldre; 11-25 min på rummet eller ett kontor. Anställda 12-54 i avskilt rum. Av totalt 48 intervjuer bandades 40.
Urval	Totalt deltog 20 äldre, 26 vårdpersonal och 2 chefer från Ostrava. De äldre som deltog skulle kunna kommunicera, vara orienterade till tid och rum och villiga att delta i intervju. Analys skedde även av klagomål som inkommit till Ostravas kommunala myndighet 2003-2007 (n=11)
Antal referenser	31

Referensnummer	30
Titel	Violation of ethical principles in institutional care for older people
Författare	Bužgová R. Ivanová K
År	2011
Tidskrift	Nursing ethics
Land	Tjeckien
Etiskt ställningstagande	Ja, beskrivet under specifik rubrik. Granskat av Ethics Commission of the University of Ostrava. Frågorna utgick från etiska riktlinjer av Council of Europe, UNESCO CIOMS och WHO. Anonymiteten bevarades. Det var frivilligt att delta fanns möjlighet att avbryta deltagandet.
Syfte	1 Definiera omfattning, karaktär och orsak till vanvård på särskilda boenden. 2 Vad som karaktäriserar den som vanvårdar och den som blir vanvårdad. 3 Vilka etiska principer kränks vid vanvård.
Metod	En enkät till vårdpersonal och frågor för intervju till de äldre gjordes efter tre hypoteser; 1det finns skillnader i omfattning av vanvård beroende på om personal eller äldre tillfrågas.

	<p>2 de vanvårdade har vissa demografiska egenskaper, hälsoegenskaper och skillnad i tillfredsställelse av boendet</p> <p>3 vårdpersonal som vanvårdar är de som har mest närkontakt med den boende. De har vissa demografiska egenskaper och är missnöjda med sin arbetsmiljö.</p> <p>Frågor till de äldre bestod av 32 frågor. Ex. om de upplevt eller sett, hur ofta samt beskriva situationen av fysisk/psykiska övergrepp, ekonomiskt/sexuellt utnyttjande, försummelse eller kränkning av rättigheter det senaste året. Ställdes även frågor om sociodemografisk data, egenskaper hos den boende och tillfredsställelse med boendet.</p> <p>Enkät till vårdpersonal bestod av 40 frågor av samma typ som ovan samt frågor om jobbtillfredsställelse och utbrändhetsfaktorn. Enkäten genomgick en pilotstudie med vissa förändringar.</p>
Urval	<p>Utav 24 särskilda boenden från Moravian-Silesian randomiserades så att ett litet och ett stort boende fick delta (n =12).</p> <p>De äldre som deltog skulle vara över 60, ej ha demens och villiga att delta i intervju (n=488) 27 % av alla äldre.</p> <p>Av vårdpersonal på de 12 boendena lämnade 477 in enkät (64 %), dock var 23 ej komplett ifyllda och exkluderades (n =454).</p>
Antal referenser	40

Referensnummer	31
Titel	Staff perceptions of elder abuse
Författare	Daly J. Coffey A
År	2010
Tidskrift	Nursing older people
Land	Irland
Etiskt ställningstagande	Ja, beskrivet under specifik rubrik. Granskat av etisk kommitté. Anonymitet bevarades. Det var frivilligt att delta och fanns möjlighet att avbryta.
Syfte	Bedöma om uppfattning av vanvård mot äldre på särskilda boenden förändras efter att vårdpersonal blivit utbildade om vanvård.
Metod	Enkät med frågor om utbildningsnivå, hur kunskap om vanvård erhållits, självsäkerhet i att känna igen vanvård och om det fanns önskan om vidare utbildning inom området. Använde Buses skala med 25 frågor om uppfattning av vanvård som delade in vanvård i fysiska, psykiska, utvecklingsmässiga, sociokulturella och andliga övergrepp. En pilotstudie genomfördes innan.
Urval	Enkäten skickades till 163 vårdpersonal från tre särskilda boenden i södra Irland. Av dessa svarade 114 (70 %).
Antal referenser	33

Referensnummer	32
Titel	Stress, Conflict, Elder Abuse and Neglect in German Nursing Homes: A

	Pilot Study Among Professional Caregivers
Författare	Goergen T.
År	2001
Tidskrift	Journal of elder abuse & neglect
Land	Tyskland
Etiskt ställningstagande	Nej, har inte uttryckt detta i texten.
Syfte	Pilotstudie med fyra syften; 1 Tillämpa metodologiskt tillvägagångssätt som används i kriminologiska självrapportsstudier inom vanvård på äldreboende 2 Information om den som vanvårdar, offer och vittne till vanvård på tyska särskilda boenden för äldre 3 Vårdpersonals subjektiva teorier om orsak till vanvård 4 Ta fram teman och frågor till kommande studie
Metod	Eget formulär gjordes med fem delar; 1 stress och utbrändhet 2 konflikt på arbetsplatsen 3 självrapportering av övergrepp och försummelse 4 bevitnande av övergrepp och försummelse 5 orsak till vanvård enligt vårdpersonal.
Urval	Nio särskilda boenden i olika städer i de tyska förbundsländerna Niedersachsen och Hessen deltog. Vårdpersonal som vistades regelbundet på avdelningarna. Distributionen av enkäterna gjordes av administrationen på de särskilda boendena och svaren skulle skickas individuellt via post. Av de uppskattningsvist 390 som klarade inklusionskriterierna deltog 80 (20,4%). P.g.a. den låga svarsfrekvensen skickades frågor till administrationerna för att ta reda på anledningen. Med svar att ett okänt antal enkäter inte hade överlämnats och utländsk personal ansåg enkäten vara för lång och svårförståelig.
Antal referenser	59

Referensnummer	33
Titel	Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff
Författare	Malmedal W. Ingebrigtsen O. Saveman B-I.
År	2009
Tidskrift	Scandinavian journal of caring sciences
Land	Norge
Etiskt ställningstagande	Ja, beskrivet under egen rubrik. Då vårdtagare inte var involverade bestämde regionala etiska kommittén för medicinsk forskning inte behövde deras medgivande. Anonymiteten har varit viktig och The Privacy Issue Unit of the Norwegian Social Science Data Services har godkänt studien.
Syfte	Beskriva frekvens och typ av vanvård som vårdperso.nal bevitnat eller gjort på särskilt boende för äldre samt undersöka om det fanns skillnad i rapportering beroende på ålder, utbildning och erfarenhet inom verksamheten.
Metod	Enkätstudie där forskarna gjort ett eget formulär som delade in vanvård i

	<p>fysiska och känslomässiga övergrepp, finansiell och sexuellt utnyttjande samt försummelse. Formuläret prövades av referensgrupp och i två pilotstudier med korrigeringar emellan. Slutresultatet blev ett frågeformulär med sex områden men endast två områden redovisas i artikeln;</p> <p>1 sociodemografisk data (ålder, utbildning osv) som bestod av 11 frågor</p> <p>2 personals beteende som innefattade vanvård som bestod av 20 frågor om hur ofta de gjort olika påståenden, det saknades tidsbegränsning om det enbart skett vid ett tillfälle.</p> <p>Enkätundersökningen skedde under oktober och november 2005.</p>
Urval	All vårdpersonal (SSK, USK, vårdbiträde) som arbetade under en tiodagars period på något av de 16 randomiserade särskilda boenden i Sør-Trøndelag fick en enkät (n= 780). Två muntliga påminnelser gavs. 616 deltog (79 %).
Antal referenser	46

Referensnummer	34
Titel	Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities
Författare	Natan M B. Lowenstein A. Eisikovits Z.
År	2010
Tidskrift	International nursing review
Land	Israel
Etiskt ställningstagande	Ja. Lokala etiska kommittéer godkände syftet och enkäterna. Enkäterna delades ut personligen av forskarna. Anonymiteten poängterades liksom att svaren endast skulle användas i denna studie.
Syfte	<p>Granska och analysera variabler som påverkar vanvård av äldre på särskilda boenden utifrån två teoretiska paradig;</p> <p>1 modell för att förutsäga orsaker till vanvård (Pillemer 1988)</p> <p>2 teori för motiverad verkan, förklaring till personers beteende (Ajzen & Fishbein 1980)</p>
Metod	<p>Enkät med fem områden;</p> <p>1 sociodemografisk data</p> <p>2 rapportering av incidenter av våld</p> <p>3 egenskaper hos offret</p> <p>4 attityd och kunskap om vanvård</p> <p>5 stress (burnout)</p> <p>Frågorna kom från tre formulär;</p> <p>1 Iowa Dependent Adult Abuse Nursing Home Questionnaire.- fyra delar; sett/gjort vanvård, egenskaper hos offret, attityd till vanvård, akademisk kunskap</p> <p>2 Knowledge and Management of Abuse (KAMA) undersöker kunskap och arbetssätt som resulterar i vanvård med exempelfrågor.</p> <p>3 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, (MBI – HSS) version från 1996.</p> <p>Gjordes även förfrågan om avdelningen till chefer för information om de särskilda boendena.</p>

Urval	Av 300 särskilda boenden blev 24 randomiserade baserat på geografiska områden valda. Forskarna delade ut 600 enkäter till vårdpersonal, max 10/ avdelning. 510 svarade (85 %). 24 frågeformulär delades ut till de särskilda boendenas direktörer, 22 svarade (91,6%).
Antal referenser	38

Referensnummer	35
Titel	The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial
Författare	Richardson B. Kitchen G. Livingstone G.
År	2002
Tidskrift	Age and ageing
Land	Storbritannien
Etiskt ställningstagande	Ja. Lokal etisk kommitté godkände studien.
Syfte	Primärt syfte var att mäta om deltagande på som gick på kurs i högre grad ökar kunskapen och hantering av vanvård av äldre jämfört med att läsa tryckt läromedel. Sekundärt syfte att undersöka om förbättring av kunskap är associerad med förbättrad attityd till personer med demens och minskad upplevelse av utbrändhet.
Metod	Randomiserad kontrollerad interventionsstudie där grupp 1 deltog i en kurs om vanvård och 2 fick läromaterial som motsvarade kursens innehåll. Innan interventionen fick alla deltagare svara på enkäter bestående av tre områden; 1 Knowledge and Management of Abuse (KAMA) undersöker kunskap och arbetssätt som resulterar i vanvård med exempelfrågor. 2 Maslach Burnout Inventory (MBI). Består av 3 delar känslomässig utmattning, personlig prestation och personlighetsförändring. 3 Attitude of Health Care Personnel towards Demented Patients (AHCDP) - den sammanlagde poängen avgör om man har en positiv eller negativ attityd. Samma enkäter gjordes efter interventionen. KAMA fanns i två versioner där varannan deltagare fick A och de andra B. I andra omgången fick de det de inte haft. De som bedömde svaren visste inte deltagarnas gruppstillhörighet.
Urval	Rekrytering och uppföljning skedde från oktober 1999 till augusti 2000. De som deltog var vårdpersonal, och chefer samt socialarbetare som inte deltagit i kurs om vanvård av äldre. 87 från norra London valdes ut att delta men en ville ej. En dator delade upp deltagarna. I grupp 1 ingick 44 varav 31 genomgick hela studien och i grupp 2 ingick 42 varav 33 genomgick hela studien.
Antal referenser	23

Referensnummer	36
Titel	Elder Abuse in Residential Settings in Sweden
Författare	Saveman B-I. Åström S. Bucht G. Norberg A.
År	1999
Tidskrift	Journal of elder abuse & neglect
Land	Sverige
Etiskt ställningstagande	Ja. Studien godkändes av etiska kommittén för medicinska fakulteten Umeå universitet liksom fakulteten för hälsovetenskap Linköpings universitet. Informations möten hölls innan och anonymiteten betonades.
Syfte	Undersöka frekvens och typ av vanvård som förekommer inom äldreomsorgen i Sverige enligt självrapportering av vårdpersonal.
Metod	Enkät med frågor om att ha sett/gjort fysisk, psykisk, sexuellt, finansiellt övergrepp samt försummelse och misshandel under det senaste året. Respondenterna skulle även beskriva en situation. Det ställdes även frågor om känslor relaterade till vanvård och hur det kan förebyggas. Enkäter skickades och samlades sedan in efter 3 veckor: Därefter gjordes en påminnelse.
Urval	Totalt 640 vårdpersonal (SSK, USK, vårdbiträde) från Kalmar och Umeå tillfrågades. 499 deltog (78 %). Av dessa arbetade 276 på särskilda boenden.
Antal referenser	40

Referensnummer	37
Titel	Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout
Författare	Shinan-Altman S. Cohen M.
År	2009
Tidskrift	The Gerontologist
Land	Israel
Etiskt ställningstagande	Ja. Studien var godkänd av University of Haifa Ethics Board.
Syfte	Utvärdera vårdbiträdens attityder och tolerans av kränkande beteenden mot äldre personer. Även förhållandet mellan dessa attityder till demografiska variabler, stress på arbetet, utbrändhet och upplevd kontroll, baserat på teorin om planerade beteende (Ajzen 1988)
Metod	Enkät med fem områden 1 demografiska och yrkesmässiga frågor 2 stress på arbetet från Gonzalez-Roma och Lloret modifierade rollkonflikt, tvetydighet och överbelastning-skala. 3 stress (burnout) MBI 4 upplevd kontroll (Kushnir och Melamed 1991). 5 attityd till vanvård. Forskarna har själva gjort frågorna och berör uppfattningar, åsikter, övertygelser och attityder till en händelse då om det personalen gjorde var rättfärdigat och om detta var kränkande mot

	den äldre. Poängen var 1-4 och ju högre poäng desto högre tolerans.
Urval	208 vårdbiträden från 18 boenden i centrala Israel deltog.
Antal referenser	68

Referensnummer	38
Titel	Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study
Författare	Erlingsson C L. Carlson S L. Saveman B-I.
År	2006
Tidskrift	Scandinavian journal of caring sciences
Land	Sverige
Etiskt ställningstagande	Ja. Studien var godkänd av fakulteten för hälsovetenskap på Linköpings universitet forsknings etiska kommitté. Information skickades om att det var frivilligt att delta, att intervjuerna skulle bandas samt att all data skulle behandlas konfidentiellt.
Syfte	Undersöka uppfattning om övergrepp mot äldre bland grupper/organiseringar som är potentiella källor till hjälp för den utsatte
Metod	Fokusgruppintervju med sex identifierade grupper; 1 Primärvård 2 Sjuksköterskor från särskilda boenden för äldre 3 Organisation som stöder vårdpersonal 4 Brottsofferjour 5 Polis 6 Svenska kyrkan Intervjuerna tog plats i tre olika regioner i Sverige och anordnades av gruppernas lokala kontor. Intervjuerna höll på ca en timme och blev bandinspelade. Intervjuerna började med frågan ”vad innebär övergrepp mot äldre för dig?” Innan intervjuerna fick deltagarna ett brev som presenterade studien.
Urval	I primärvårdsggruppen deltog 7 (2 sjuksköterskor, 1 distriktsjuksköterska, 1 arbetsterapeut, 3 hemvårdssamordnare), särskilda boenden-gruppen 5 (5 sjuksköterskor), organisation som stöder vårdgivare 4, brottsoffer juren 6, polisen 5, Svenska kyrkan 4.
Antal referenser	48

Referensnummer	39
Titel	Helping and Hurting: Predictors of Maltreatment of Patients in Nursing Homes
Författare	Pillemer K. Bachman-Prehn R.
År	1991
Tidskrift	Research on Aging
Land	USA
Etiskt ställningstagande	Beskrivs sparsamt. Diskuterar huruvida telefonintervjuer är ett godtagbart sätt att intervjua.
Syfte	Identifiera riskfaktorer för vanvård av äldre på särskilda boenden begånget av vårdpersonal.

Metod	Telefonintervju i ca 30min. Frågorna rörde bakgrund, konflikt, självrapporterade fysiska och psykiska övergrepp, attityd, stress (burnout) (8 utvalda frågor), de äldres aggressiva beteende (6 frågor). Studien genomfördes februari-april 1987.
Urval	Av 77 särskilda boenden i delstaten New Hampshire exkluderades 29 för att de varit i pilotstudie, hade färre än 15 boende eller inte ville delta. Ytterligare exkluderades p.g.a. inkompleta svarslistor från särskilda boende. Av 57 möjliga deltog 31(54 %). På varje boende randomiserades vårdpersonalen (SSK, USK, samt vårdbiträden) varav 30 % kontaktades (n= 691). Av dessa deltog 577 (84,5%).
Antal referenser	59

Referensnummer	40
Titel	Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff
Författare	Pillemer K. Moore D W.
År	1989
Tidskrift	The Gerontologist
Land	USA
Etiskt ställningstagande	Samma som referensnummer 39
Syfte	Vilka typer av fysiska och psykiska övergrepp som vårdpersonal sett och gjort på särskilda boenden samt ta reda på vad som karaktäriserar en vårdare som vanvårdar.
Metod	Samma som referensnummer 39
Urval	Samma som referensnummer 39
Antal referenser	59